



## CIRCULAR Nº 1/2020 – ORGANIZACIÓN NACIONAL DE TRASPLANTES

**OBJETO:** Inclusión paciente lista de espera hepática final.

**DESTINATARIOS:** Coordinadores Autonómicos de Trasplante, Coordinadores Hospitalarios de Trasplante, Equipos de Trasplante de órganos.

**FECHA:** 30 de junio de 2020.

---

VER FICHA EN PÁGINA SIGUIENTE.



## INCLUSIÓN PACIENTE LISTA DE ESPERA HEPÁTICA

<b>HOSPITAL:</b>		
<b>CCAA:</b>		
<b>ÓRGANO/S:</b>		
<b>FECHA NOTIFICACIÓN A ONT:</b>		
<b>CÓDIGO ONT:</b>		
<b><u>DATOS DEL PACIENTE</u></b>		
Nombre y Apellidos:		
Fecha de Nacimiento:		
Sexo:	Grupo:	Rh:
Peso:	Talla:	
<b><u>DATOS DE FILIACIÓN</u></b>		
DNI /NIE:		
CIP:		
NSS:		
País de Nacimiento:		
Si no nacido en España: ¿Residente habitual? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Año inicio residencia _____ )		
CCAA de Residencia:		
<b><u>DATOS DEL ESTUDIO</u></b>		
Fecha de Inclusión:		
Estado en Lista: Electivo <input type="checkbox"/> Prioridad* <input type="checkbox"/> Urgencia "0"* <input type="checkbox"/> <b>(*En caso de Urgencia o Prioridad adjuntar informe)</b>		
Diagnósticos (Registrar los códigos mostrados en el anexo 1)		
Principal:		
Secundario/s:		
Indicación Expandida: NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> (Registrar según códigos mostrados en el anexo 1)		
Especificar:		
MELD real:	MELD ponderado:	
<b>Características del donante:</b>		
- Restricciones de edad:	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Especificar:
- Restricciones de peso:	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Especificar:
- Acepta Donante VHC+:	NO <input type="checkbox"/> Sí, con PCR - <input type="checkbox"/> Sí, con PCR – ó + <input type="checkbox"/>	
- Acepta Split:	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
- Acepta Donante en Asistolia:	NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Especificar asistolia: <input type="checkbox"/> III (extracción rápida) <input type="checkbox"/> III (perfusión in situ normotérmica) <input type="checkbox"/> II
<b><u>OBSERVACIONES</u></b>		



**ANEXO 1**

<b>ENFERMEDAD QUE HA INDICADO EL TRASPLANTE</b>	
<b>A) Fallo hepático agudo y hepatitis fulminante/sub-fulminante.</b>	<b>F) Enfermedades metabólicas.</b>
A1. Por virus A.	F1. Enfermedad de Wilson.
A2. Por virus B.	F2. Hemocromatosis.
A3. Por virus C.	F3. Déficit de alfa-1-antitripsina.
A4. Por Virus D.	F4. Glucogenosis.
A5. Por virus no especificado.	F5. Hipercolesterolemia Homocigota.
A6. De origen desconocido.	F6. Tirosinemia.
A7. Por paracetamol.	F7. Polineuropatía amiloidótica familiar.
A8. Por otros fármacos: especificar.	F8. Hiperoxaluria primaria.
A9. Por tóxicos (no fármacos).	F9. Porporfiria.
A9.1. Por choque térmico.	F9.1. Enfermedades metabólicas-NASH.
A10. Post-quirúrgica.	F10. Otras porfirias.
A11. Post-traumática.	F11. Síndrome de Crigler-Najjar.
A12. Por otras causas: especificar.	F12. Fibrosis quística.
<b>Hepatitis subaguda:</b>	F13. Enfermedad de Byler.
A13. Por virus A	F14. Otras enfermedades metabólicas.
A15. Por virus C.	<b>G) Síndrome de Budd Chiari.</b>
A16. Por virus D.	<b>H) Tumores hepáticos benignos/Enf Poliquistica.</b>
A17. De origen desconocido.	H1. Adenoma hepático.
A18. Otras hepatitis subaguda: especificar.	H2. Adenomatosis.
A19. Por paracetamol.	H3. Hemangioma.
A20. Por otros fármacos: especificar.	H4. Hiperplasia nodular focal.
A21. Tóxica (no relacionada con fármacos).	H5. Enfermedad Poliquistica.
<b>B) Colestasis no congénitas.</b>	H6. Hiperplasia nodular regenerativa.
B1. Cirrosis biliar secundaria.	H7. Otros tumores benignos: especificar.
B2. Cirrosis biliar primaria.	<b>I) Parasitosis.</b>
B3. Colangitis esclerosante primaria.	I1. Esquistosomiasis (Bilharzia).
B4. Otras Colestasis: especificar.	I2. Equinococosis Alveolar.
<b>C) Enfermedad de vías biliares congénitas.</b>	I3. Quiste hidatídico.
C1. Enfermedad De Caroli.	I4. Otras parasitosis: especificar.
C2. Atresia de Vías Biliares.	<b>J) Otras enfermedades hepáticas.</b>
C4. Fibrosis Biliar Congénita.	J. Otras enfermedades hepáticas: especificar.
C5. Quiste del Colédoco.	J1. Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
C6. S. De Alagille.	<b>K) Diagnóstico no disponible.</b>
C7. Otras Enf. De vías biliares: Especificar.	<b>L) Re-trasplante.</b>
<b>D) Cirrosis.</b>	<b>M) Síndrome hepato-pulmonar.</b>
D1. Alcohólica.	<b>N) Micro-angiopatía.</b>
D2. Autoinmune.	<b>O) Síndrome small for Size.</b>
D3. Por virus B.	
D4. Por virus C.	
D5. Por virus BD.	
D6. Por virus BC.	
D7. Por virus BCD.	
D7.1. Combinación de virus C y cirrosis alcohólica.	
D7.2. Combinación e virus B y cirrosis alcohólica.	
D7.3. Por virus E.	
D8. Por otros virus.	
D9. Post-hepatitis relacionada con fármacos.	
D10. Otras cirrosis: especificar	
D11. Criptogénica (causa desconocida).	<b>INDICACIONES EXPANDIDAS</b>
<b>E) Carcinoma.</b>	1. Edad >70 años
E1. Hepatocelular y cirrosis.	2. Hepatitis alcohólica aguda grave
E2. Hepatocelular sin cirrosis.	3. Fallo agudo sobre hepatopatía crónica (ACFL)
E3. Hepatocelular fibrolamelar.	4. Hepatocarcinoma (HCC) que excede criterios de Milán
E4. Del tracto biliar (Klatskin).	5. Colangiocarcinoma hiliar
E5. Colangiocelular.	6. Colangiocarcinoma intrahepático en paciente cirrótico (iCCA)
E6. Hepatoblastoma.	7. Metástasis de cáncer colorrectal
E7. Hemangioendotelio epitelioide.	
E8. Angiosarcoma.	
E9. Hepático secundario a tumor carcinoide.	
E10. Hepático secundario a tumor neuroendocrino.	
E11. Hepático secundario a carcinoma colo-rectal	
E12. Hepático secundario a carcinoma gastrointestinal no colo-rectal.	
E13. Hepático secundario a carcinoma no gastrointestinal.	
E14. Otros carcinomas hepáticos: especificar.	